

疗后,肺功能检测转为正常者,胸肋挫伤的患者病情大减,甚至已痊愈。总之:肺功能检测在胸肋损伤的诊治

中可起到十分重要的作用。

(收稿:1995-12-28 修回:1996-06-09)

## 髌关节后脱位伴同侧肢体多发损伤 9 例分析

舒兴山 汪志明

浙江省常山县人民医院 (324200)

我院自 1991 年 1 月~1995 年 6 月共收治资料比较完整的髌关节脱位 45 例,其中伴同侧肢体多发损伤 9 例,现总结如下。

### 临床资料

本组 9 例中男 8 例,女 1 例;年龄 18~55 岁;均为车祸导致髌关节后脱位;并发症:并发同侧胫腓骨骨折 3 例,并发双侧胫腓骨骨折 2 例,并发髌臼后缘骨折+胫骨髁间骨折+前交叉韧带及外侧副韧带完全断裂 1 例,并发后交叉韧带完全断裂+前交叉韧带部分断裂 1 例,并发同侧股骨干骨折 1 例,并发同侧股骨颈骨折 1 例。

### 治疗方法及结果

5 例并发胫腓骨骨折,先作小夹板固定,在麻醉下髌关节后脱位闭合复位成功,而后处理胫腓骨骨折,其中 3 例手术切开内固定,2 例闭合复位小夹板外固定。2 例膝部复杂损伤均行同侧髌、膝关节切开复位、骨折内固定和韧带修补手术。1 例股骨干骨折、髌关节后脱位,当时漏诊,股骨干行手术内固定后发现患肢屈曲、内收、内旋畸形,拍片确诊,闭合复位成功。以上 8 例病人术后持续牵引 3 周。

随访结果:随访时间 6 个月~2 年。8 例骨折呈骨性愈合,位置佳,髌、膝关节稳定,无疼痛、无活动障碍、无跛行。1 例髌关节后脱位在闭合整复时致同侧股骨颈骨折,行切开复位加压螺钉内固定,半年后出现股骨头坏死,去他院治疗,未得随访。

### 讨 论

1. 本组病例中并发胫腓骨骨折 5 例,均为车祸所

致。对这类病人,笔者认为可先将小腿骨折用小夹板固定,麻醉下行髌关节后脱位复位,然后再按胫腓骨骨折移位情况选择手术内固定或手法复位外固定。

2. 髌关节后脱位伴同侧膝部复杂损伤的病例,诊断和治疗都较为复杂,容易漏诊误诊,治疗方法也有争论。笔者认为,应详细地询问病史和全面的体格检查,一旦明确诊断,则宜尽早手术治疗,行骨折坚强固定和韧带修补,使关节内骨折达到解剖复位,恢复膝关节的稳定,减少创伤性关节炎的发生,并适时地进行关节功能锻炼,这样可达到满意疗效。

3. 髌关节后脱位伴股骨干骨折是一种少见的损伤,为避免漏诊,对有股骨干骨折者,体检时应注意有无大粗隆移位,有无骨折近端内收,必要时拍摄骨盆平片以明确诊断。

4. 髌关节后脱位偶可并发股骨颈骨折,但临床上多见的是闭合复位过程中手法不当所致的医源性骨折<sup>[1]</sup>。此种损伤疗效甚差,容易出现股骨头坏死。本组病例中 1 例股骨颈骨折也是由于医源性损伤引起,并出现了严重后果,应吸取教训,谨慎防止。对髌关节后脱位的整复,应强调在麻醉下肌松完全时进行,强调正确的复位手法,切忌暴力,如复位困难,则不宜勉强,应选择手术切开复位,这样可避免医源性股骨颈骨折的发生。

### 参考文献

- 董天华,唐天驷.髌关节外科.第 1 版.江苏:江苏科学技术出版社,1992.332

(收稿:1995-12-11)

## 中药抗骨痛局部注射治疗颈椎病

凌 磊 赵 艳 陈洪勋 张忠生

解放军 202 医院 (沈阳 110003)

1992 年 4 月~1995 年 5 月,我们采用中药抗骨痛 局部注射治疗颈椎病,并分别与牵引、按摩、口服药物

等方法比较, 收到了较好效果, 报告如下。

### 临床资料

1. 一般情况与临床分型: 见表 1、2。

表 1 一般情况

	性别		年龄	病史	症状与体征出现侧	
	男	女			单	双
注射组	72	51	36~73 岁	1 周~17 年 (平均 13 个月)	112	11
牵引组	32	37	39~68 岁	10 天~25 年 (平均 10 个月)	63	6
按摩组	17	25	40~77 岁	4 天~14.5 年 (平均 9 个月)	37	5
服药组	67	59	35~70 岁	18 天~21 年 (平均 15 个月)	105	21

表 2 临床分型

	神经根型	椎动脉型	混合型	合计
注射组	90	6	27	123
牵引组	51	3	15	69
按摩组	32	3	7	42
服药组	89	6	31	126

2. 临床表现及诊断<sup>[1]</sup>: 神经根型: 有较典型的与受累颈脊神经支配区相一致的根性症状(手痛、麻等), 压颈试验和上肢牵拉试验阳性, X 线片显示颈椎曲度变直及骨刺形成, 临床表现与 X 线片上异常在节段上符合。椎动脉型: 有椎——基底动脉缺血征(眩晕为主)或有猝倒史, 旋颈诱发试验阳性, 一般都有较明显交感神经症状(以胃肠、呼吸、心血管症状多见), X 线示椎间关节失稳, Luschka 关节等处骨质增生, 椎动脉彩超示管径变窄, 并除外其它原因导致的基底动脉供血不足和眩晕。混合型: 表现为根性痛合并眩晕或交感神经症状, 上肢牵拉试验、旋颈试验等阳性, X 线片有相应颈椎节段的骨质增生。

### 抗骨痛组方与制备

方药: 金毛狗脊 500g, 穿山龙 500g, 红花 500g, 当归 500g, 独活 250g, 防风 250g, 桂枝 500g, 甘草 500g。处方由著名主任医师李世经提供。

制备: 由沈阳康利制药厂制备。取当归、独活、防风、桂枝常水拌匀水蒸气蒸馏, 收集蒸馏液 1500~2000ml 加吐温 80<sup>#</sup> 5~7ml 混匀, 瓶封灭菌备用。另取穿山龙、红花、狗脊、甘草常水煎煮 3 次(每次 1 小时), 收集 3 次煎液与前药液混匀至 3000~4000ml, 加 50% 石灰乳至 pH12, 继加 35% 稀硫酸至 pH5~6, 搅匀

放置沉淀, 滤液浓缩成膏状加 95% 乙醇, 使含醇量达 81~84%, 用 40% 氢氧化钠调整 pH 至 7.5~7.8, 放置 24 小时滤液回收乙醇, 浓缩使乙醇除尽, 加注射用水至 2500ml, 溶解后用 30% 氢氧化钠调滤液至 pH7.5, 加活性炭 2.5 克混匀加热煮沸。冷却后滤液与蒸馏液混合, 加苯甲醇 50ml, 吐温 80<sup>#</sup> 10~15ml, 再加注射用水至 5000ml, 装入 500ml 瓶密封, 110 C 灭菌 30 分钟, 放置 2 天, 经 G3 溶滤分装 2ml 和 6ml 安瓿, 105 C 灭菌 30 分钟, 经检查合格后供临床应用。

### 治疗方法

注射组: 局部常规消毒, 无菌操作下用 51/2<sup>#</sup> 针头于颈后痛点直刺或根据 X 线片于增生椎体棘突两旁 1~1.5cm 处进针, 针尖向中线倾斜 20°, 深度 > 1cm, 近椎板, 回抽无血后在双侧韧带旁、肌肉内各注射抗骨痛 1ml。隔日 1 次, 10 次为 1 个疗程。间歇 1 周, 可进行第 2 个疗程。

牵引组: 采用颌枕带牵引, 重量因人而异, 约 3~8kg, 每次 ≥ 30 分钟, 每日 1 次, 10 次为 1 个疗程。

按摩组: 颈背部及患肢推拿按摩, 每次 ≥ 20 分钟, 每日 1 次, 10 次为 1 个疗程。

服药组: 以颈复康冲剂和/或颈痛灵口服液为主, 按说明服用。

### 治疗结果

我们采用定期门诊复查的随访方法, 随访时间分别从治疗结束至 3 年 8 个月不等, 平均 10 个月。疗效评价标准: 优: 颈部不适及手痛麻和/或眩晕、交感神经症状等消失, 上肢牵拉和/或旋颈诱发试验阴性, X 线片颈椎曲度正常, 无进行性骨质增生; 良: 上述症状、体征显著减轻; 可: 症状、体征有所减轻; 差: 症状、体征无改善。

四种治疗方法的疗效比较和组间各型的疗效比较见表 3、4。

表 3 四种治疗方法的疗效比较

	治疗次数	优 良 可 差				优良率	有效率
						%	%
注射组	4~25 次 (平均 12 次)	38	64	19	2	82.9	98.4
牵引组	7~46 次 (平均 20 次)	13	27	26	3	58	95.7
按摩组	3~40 次 (平均 18 次)	3	20	16	3	53.5	92.8
服药组	平均 24 天	5	54	49	18	46.8	85.7

表 4 组间各型疗效比较

	神经根型			椎动脉型			混合型		
	病例数	优良数 (优良率%)		病例数	优良数 (优良率%)		病例数	优良数 (优良率%)	
注射组	90	77 (85.6)		6	4 (66.7)		27	21 (77.8)	
牵引组	51	31 (60.8)		3	1 (33.3)		15	8 (53.3)	
按摩组	32	19 (59.4)		3	0 (0)		7	4 (57.1)	
服药组	89	45 (50.6)		6	1 (16.7)		31	13 (41.9)	

四个组有效率差异不明显,但注射组优良率明显高于其它三组 ( $P$  值均  $< 0.01$ )。而且注射组各型的优良率,也分别显著高于其它组相应各型的优良率 (均为  $P < 0.01$ )。随访发现,优良者半年以上复发例数 (复发率%) 分别为:注射组 19 例 (18.6%),牵引组 23 例 (57.5%),按摩组 16 例 (60.9%),服药组 34 例 (57.6%)。

### 讨 论

中医认为,颈椎病属痹症,由外邪侵袭,风寒湿邪停滞于肌肉、关节、经络,引起气血邪阻闭滞所致<sup>[2]</sup>,故治疗上应以舒筋活络、祛风止痛为主。抗骨痛注射液用当归、红花等 8 种祛风通络类中药配制,经严格的提纯灭菌处理而成,其药效成份高,无颗粒和杂质。药液被直接注入深部组织,能迅速在病变处和相邻组织中形成有效浓度,发挥药物效用。

本文各组病例年龄、性别大致相同,临床表现以神经根型居多,其次为混合型。从四种治疗方法的效果上看,显效率差异不大,优良率则注射抗骨痛组明显高于其它组,具有显著的统计学意义。从各个组同一类型的疗效比较看,注射抗骨痛组各型的优良率也显著高于其它组相同类型的优良率。而且,注射组较其它组每次

治疗时间短,治疗次数少,平均 12 次,颈部酸痛、手麻、头晕、恶心、心慌气促等症就明显减轻或消失,随访发现半年以上复发率也明显低于其它组。此外,注射法也可以根据病情轻重、个体差异等灵活掌握剂量,一般每次治疗用药总量不超过 4ml,经 3 年多临床应用观察,未见用药后毒副作用。

我们认为,局部注射抗骨痛药液,病变及周围组织应答反应快,促进了血液循环,改善了组织代谢,既快又好地发挥了活血化瘀、祛风化湿、益气强身的作用,从而促进炎症的消散吸收,减轻或消除神经及结缔组织的充血水肿,抑制纤维化,缓解或去除疼痛,达到治疗颈椎病的目的。我们体会,该方法见效快、疗效好、完全可靠、省时省力,为治疗颈椎病提供了一个新途径。但抗骨痛是否具有阻止骨质增生的药理作用,还有待今后进一步探讨。

### 参考文献

1. 赵定麟,等. 颈椎伤病学. 上海:上海科技教育出版社, 1994. 21
  2. 王东平,等. 中药注射与中药导入治疗中老年颈椎病 1786 例疗效分析. 中国老年学杂志, 1993, 13 (6): 367
- (收稿: 1995-12-11 修回: 1996-06-29)

## 阻力针法与针刺治疗肩周炎

黄 巍 王菊英\*

同济医科大学附属协和医院 (武汉 430022)

我们采用阻力针法和针刺治疗肩周炎取得较好效果,小结如下。

### 临床资料

146 例中观察组 76 例,男 42 例,女 34 例,年龄 38~71 岁,平均 52.4 岁,45~56 岁最多;对照组 70 例,男 39 例,女 31 例,年龄 36~65 岁,平均 49.3 岁,42

~53 岁最多。

### 治疗方法

1. 阻力针法组 (观察组):令患者坐位做疼痛的动作,在维持最疼痛的姿势中,耐心细致地寻找最痛点,即“动痛点”。并在此痛点下针,针达皮下后,用高频震颤手法,频率每分钟 200 次以上。如遇病变部位深,

\* 同济医科大学计划生育研究所